FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N° 733

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Françoise LEVACHER-DUBOIS

Née le 13 Novembre 1931, à TOULOUSE (Haute-Garonne)

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE CRITIQUE DE DEUX TECHNIQUES CHIRURGICALES DANS LE TRAITEMENT DE LA NEVRALGIE FACIALE LA NEUROTOMIE RETROGASSERIENNE, LA DECOMPRESSION

Président : Monsieur CORDIER (Professeur)

D. P. TAIB
8 Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI°
1962

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538124_0064

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1962 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Françoise LEVACHER DUBOIS

Née le 13 Novembre 1931 à TOULOUSE
(Haute Garonne)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

ETUDE CRITIQUE DE DEUX TECHNIQUES CHIRURGICALES DANS LE TRAITEMENT DE LA NEVRALGIE FACIALE

LA NEUROTOMIE RETROGASSERIENNE, LA DECOMPRESSION

-:-:-

Président : Monsieur CORDIER (Professeur)

-:-

D. P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
I962

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L).

DOYEN ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR ..... Jean VERNE
2e ASSESSEUR ..... Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F) SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et médecine préventive	JCANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

	MM.
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L) BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F)
Physique médicale	DOGNON (A) DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie medicale	DESGREZ (P) POLONOVSKI (J)
Biologie medicale	BOURLIERE (F)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Parasitologie	BRUMPT (L.C)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	CORDIER (G)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE' (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		F. de GAUDART d'ALLAINES

	MM.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales (Boucicaut	LENEGRE (J)
(Broussais	SOULIE (P)
(Cochin	JUSTIN-BESANÇON(L)
(Cochin	BROUET (G)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
(Lariboisière	SEZE (S.de)
(Pitié	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LACOMME (M)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)

	MM.
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H) LHERMITTE (F) PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) GOUINAUD (C) GILLOT (C) OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS(Mlle P pr.s.ch. ABELANET (R) BUSSER (F)

	MM.
Anatomie pathologique	CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch)m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G)
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	BAULIEU Et.m.conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P) KRUH (J) JEROME (H)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Carcinologie	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	BESANCON (F) CORNET (A)
Hygiène	BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H)
Maladies infectieuses	BASTIN (R) DUPONT (V)

MM.

Médecine légale	DEROBERT (L)pr.s.ch. FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) Le LORIER (G) LEVY (J) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P) DUBOIS (A) SARAUX (H)
Orthopédie	JUDET (R) MEARY (R) POSTEL (M) RAMADIER (J)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J) PIALOUX (P)
Parasitologie	GOLVAN (Y) LAPIERRE (J)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J) BINET (J.P) CAUCHOIX (J) CERBONNET (G) CHATELIN (C.L) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J) FLABEAU (F) GARBAY (M) GARNIER (H) (Cl.de)GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A) LATASTE (J) LEVEQUE (B) LOYGUE (J) MERCADIER (M)

MM.

Pathologie chirurgicale	NATALI (J) PELLERIN (D) PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.P) BERTHAUX (P) BOIVIN (P) CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) MIKOL (Cl) RICHET (G)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CATINAT (J) CHRETIEN (J) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) COURY (C) ETIENNE (J.P) FREZAL (J) FRITEL (D) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAROCHE (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) MOREAU (L) NICK(J) ROYER (P) TOURNEUR (R) WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R) LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) MANDE (R)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	MOZZICONACCI (P) POLONOVSKI (C) ROSSIER (A) VIALATTE (J)
Pharmacologie	BOISSIER (J) LECHAT (P)
Physiologie	BARRES (G) DEJOURS (P) DURAND (J) GIRARD m.conf. HUGELIN (A) SCHERRER (J)
Physique médicale	CHANTEUR (J) GOUGEROT (L)m.conf. pr.s.ch. GREMY (F.)m.conf. MILHAUD (G) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.Cl) TUBIANA (M) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B) MEYER (A) RENAULT (P)
Psychiatrie	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H) LAPRESLE (J)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
Stomatologie	CERNEA (P) CHAPUT (Mme A.)m.c.agr. GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) LAMOTTE (M) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A) QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)

	MM.
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P) AMELINE (A)pr.s.ch. VERNE (J.M)
Clinique médicale	PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P) OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P)Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E), LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M.le Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G) QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

A mon Mari,

Avec toute ma tendresse.

A tous les Miens.

Avec toute mon affection et
ma reconnaissance.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur G. CORDIER,

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de
Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse,

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A notre Jury de Thèse,

A tous mes Amis.

ETUDE CRITIQUE DE

DEUX TECHNIQUES CHIRURGICALES DANS LE TRAITEMENT DE LA NEVRALGIE FACIALE

LA NEUROTOMIE RETROGASSERIENNE, LA DECOMPRESSION

-:-:-:-

- I -
INTRODUCTION
-:-

"Le traitement chirurgical de la névralgie faciale passe à juste titre pour un des chapitres les plus satisfaisants de la chirurgie de la douleur", écrivait P. WERTHEIMER en 1957.

On peut alors se demander pourquoi, depuis qu'ont été tentées les premières radicotomies, en 1920 par CUSHING semble-t-il, les publications continuent à se multiplier, consacrées à la névralgie du trijumeau, à son tableau anatomoclinique, et, surtout, à son traitement.

En fait, lorsqu'on appliqua à la névralgie faciale, dans ses formes aussi bien essentielles que secondaires, bilatérales et unilatérales, le traitement chirurgical, on fit les réserves habituelles, car "toute chirurgie de la douleur était destructrice, puisque tendant à interrompre les voies de la sensibilité". Le traitement classique de la névralgie faciale n'echappait pas à cette règle, qu'il s'agisse d'alcoolisation du trajet nerveux, de sa coagulation, ou de sa section, et que la voie d'abord de la neurotomie soit temporale ou juxta-protubérantielle, postérieure.

On a du toutefois constater que cette mu-

tilation comportait des inconvénients, et si elle assure généralement la guérison de la douleur - encore que des récidives, des atteintes contrôlatérales, soient signalées-, l'anesthésie de l'hémiface n'est pas toujours bien tolérée. Enfin, des complications sont possibles, au nombre desquelles la paralysie faciale n'est évidemment pas la moindre.

La neurotomie rétrogassérienne n'en compte pas moins à son actif de beaux et nombreux succès. Mais on comprend qu'elle n'ait pas mis un point final au traitement chirurgical de la névralgie faciale et que des recherches se soient poursuivies, aboutissant en 1952 à la mise au point d'une technique non mutilante, methode dite de décompression (TARNHODJ) dérivée d'une conception physiopathologique nouvelle de la névralgie du trijumeau, et d'une réalisation technique logique dérivée de cette orientation pathogénique.

Nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile, à une date où se sont accumulées d'assez nombreuses observations de névralgies faciales traitées par les deux techniques, et bénéficiant d'un recul suffisant, de faire le point et des conceptions actuelles sur la nevralgie faciale, et des techniques neurochirurgicales susceptibles d'y porter remède. On peut dire que la chirurgie de la douleur névralgique au niveau de la face remonte aujourd'hui à une bonne cinquantaine d'années, et même davantage si l'on se reporte aux essais effectués à l'étranger. LERICHE en effet "en pleine période de gassérectomie", avait entrepris d'acclimater en France l'opération de SPILLER FRAZIER, neurotomie par voie temporale. La première neurotomie rétrogassérienne effectuée en France fut celle de

JABOULAY en 1908 ; la seconde fut faite par R. LERICHE en 1914 et la troisieme par BOURGUET, puis de MARTEL utilisa la technique à partir de 1919.

R. LERICHE en 1923 décrivait sa technique de "neurotomie rétrogassérienne avec conservation de la branche motrice". SICARD en 1931 soutenait sa thèse sur la neurotomie rétrogassérienne partielle. Ce même auteur, avec de SEZE, publiaient en 1944 un cas de névralgie faciale secondaire, d'origine centrale, et guérie par la neurotomie rétrogassérienne.

La technique parut largement appliquée, jusqu'à ce que P. TARNODJ , en 1952, propose une méthode de décompression de la racine du trijumeau et de la partie postérieure du ganglion de Gasser pour traiter la névralgie faciale. A partir de cette date, les neurochirurgiens utilisèrent l'une et l'autre technique, la neurotomie classique, la décompression simple, en accusèrent les avantages respectifs, les indications, les techniques, les résultats immédiats et eloignes.

A. STENDER en 1954 utilise ce qu'il appelle "ganglioIyse", que GROS applique en France à la névralgie faciale essentielle ; la même année 1954, J.G. LOVE apporte une série de résultats d'opérations de décompression dans la névralgie faciale. P. WERTHEIMER et DESCOTES, en 1955 exposent les résultats éloignés et les récidives de la radicotomie rétroganglionnaire dans la névralgie essentielle du trijumeau. R. LERICHE, toujours en 1955, souligne "les obscurités du problème de la névralgie essentielle du trijumeau", et discute des résultats de 257 neurotomies rétrogassériennes. DUPLAY et ses collaborateurs, tentant un bilan des deux techniques,

se demandent si la chirurgie non mutilante, donc décompressive, est devenue une réalité dans le traitement des névralgies faciales.

J. GUILLAUME et G. MAZARS, en 1957, exposent les principes et les résultats de la chirurgie conservatrice dans le traitement de la névralgie faciale essentielle, tandis que BILLET et Le BEAU apportent leurs résultats avec la décompression du ganglion de Gasser, P. WERTHEIMER et DESCOTES, toujours en 1957, précisent l'anatomoclinique et la thérapeutique des formes bilaterales des névralgies faciales essentielles. SMITH l'année suivante décrit les éléments du diagnostic et du traitement des névralgies faciales, dont les formes, essentielles ou secondaires, ne lui paraissent pas différer profondément. RUGE en 1958 encore, discute et commente les résultats obtenus dans le traitement de 637 cas de névralgie faciale. SVIEN & LOVE font état des résultats éloignés de la décompression jugés avec un recul de plus de quatre annees en 1959. GARDNER et MIKLOS, en 1959 aussi, montrent les résultats de la décompression de la racine sensitive du trijumeau et discutent de l'étiologie de la névralgie faciale. Un élément étiopathogénique pourtant classique, est étudié récemment dans le domaine de la névralgie faciale : rapport entre sclérose en plaques et névralgie du trijumeau, parfois révélatrice, parfois complication (R. GARCIN, S. DAUM). SICARD a pu traiter par la neurotomie rétrogassérienne six névralgies faciales survenues au cours de sclérose en plaques.

Ainsi, la technique conservatrice de décompression ganglionnaire proposée en 1952, si elle compte de beaux succès obtenus sans mutilation, n'a pas rayé du traitement chi-

rurgical de la névralgie faciale la classique neurotomie rétrogassérienne. C'est pourquoi nous envisagerons successivement :

- certains aspects cliniques de la nevralgie faciale, pour laquelle la classique distinction entre formes essentielles et formes secondaires à une atteinte centrale ne paraît plus aussi importante qu'autrefois, au moins sur le plan thérapeutique ;

- la technique, les indications et les résultats de la neurotomie classique ;

- la technique, les indications et les résultats de la chirurgie non mutilante, interventions de décompression ;

- enfin, la comparaison entre les deux méthodes.

-:-

- II -

CLINIQUE

-:-

La névralgie faciale est sans doute le phénomène le plus douloureux qui puisse s'observer en clinique. Aussi a-t-elle ete souvent considérée comme une maladie autonome, une entité anatomoclinique en soi, et non pas comme un symptôme susceptible d'être observé dans des états étiopathogéniques différents : ce qui semble avoir encore obscurci les conceptions physiopathologiques puis thérapeutiques relatives à la névralgie du trijumeau.

Il semble bien que ce ne soit que très récemment que la grande distinction entre névralgie faciale essentielle et névralgie faciale secondaire se soit estompée, les deux formes paraissant présenter de grandes analogies cliniques.

Les conditions anatomiques expliquent que la douleur soit particulièrement vive au niveau du trijumeau. L'extrêmité céphalique possèche chez l'humain une très riche innervation, de nature sensorielle spécifique et de nature sensitive somatique. Cette innervation étendue et la représentation corticale de toute perception permettent de recueillir la stimulation la plus discrete : il s'agit d'une organisation supérieure orientée vers la défense et la survie de l'individu. De plus, la tête et la face requièrent à cet

égard plus d'attention encore que le reste du corps, car ces régions céphaliques offrent une particulière vulnérabilité à tout dommage ou lésion, à tout traumatisme ou blessure : on sait que plus une région du corps est importante pour la vie, plus elle est sensible aux agressions exogènes et endogènes, afin que l'alerte soit donnée avant que ne se produisent des dégâts irréparables.

C'est sans doute la raison pour laquelle toute l'innervation faciale et céphalique est si sensible à toute douleur, si minime soit-elle. Au niveau de cette innervation, il se produit, avec une acuité extrême, d'abord la perception de la douleur, signe d'alarme, puis la réaction à cette douleur, mécanisme de défense.

La perception douloureuse est un phénomène simple qui emprunte pour se transmettre à une masse nucléaire de localisation centrale, le trajet des nerfs à condition que ceux-ci soient intacts.

Par contre, la réaction à la douleur perçue nécessite un système intégré très complexe, dont l'expression finale se produit au niveau cortical supérieur, et s'interprète à la lumière des expériences individuelles antérieurement effectuées par le sujet.

En ce qui concerne la thérapeutique, on est appelé à traiter davantage le second mécanisme, c'est-à-dire la réaction du malade à la douleur, plutôt que le premier, la perception simple à la douleur.

La douleur faciale que le malade vient décrire à son médecin représente une expérien-

ce sensitive personnelle qui dans chaque cas doit être considérée comme unique et spécifique. La névralgie faciale risque d'accaparer rapidement toute l'attention du malade, au point de le rendre incapable de toute activité utile. Le malade devient conditionné par l'épisode douloureux précédant, le stimulus déclenchant, et toutes les circonstances associées à l'accès douloureux, au point que ces circonstances s'ancrent et établissent les voies d'un véritable réflexe conditionné. On peut voir ces malades se livrer à de grands efforts pour éviter de se retrouver dans les conditions susceptibles de déclencher une nouvelle crise douloureuse. On voit à quelles difficultés la thérapeutique va d'emblée se heurter.

Par ailleurs, sur le plan du diagnostic, mêmes difficultés rencontrées : car la douleur est une expérience subjective, dont l'intensité est pratiquement impossible à évaluer, et qui apparaît comme plus personnelle encore que les sens de perception. La tolérance à la douleur varie grandement d'un sujet à l'autre, et chez un même sujet, l'état métabolique, psychologique, va encore modifier cette tolérance. Le seuil de la douleur est pratiquement impossible à établir.

La névralgie faciale peut, comme toute autre douleur de l'organisme, être divisée en douleur superficielle et douleur profonde. La douleur superficielle, cutanée, est "électrique", soudaine, intense. La douleur profonde est plus sourde.

Mais pour le clinicien également le diagnostic précis, la localisation, de l'origine de la douleur faciale sont rendus difficiles du fait de l'intrication et de la com-

plexité des racines sensitives craniennes et cervicales. L'innervation faciale est issue de nombreuses origines, elle est très étendue en ce qui concerne le nombre de fibres, et la représentation corticale. Dans une douleur faciale, il peut s'agir des 5e, 7e, 9e et 10e paires de nerfs craniens, et aussi des trois premiers nerfs spinaux et cervicaux. La 5e paire cranienne est la plus importante des nerfs craniens et la plus souvent en cause : elle assure la sensibilité cutanée.

°°°

Dans le diagnostic de névralgie faciale essentielle, il faut savoir exclure les causes de douleur sur le trajet du nerf trijumeau, avant d'en entreprendre le traitement symptomatique. Origine dentaire : pulpite aiguë, algie dentaire, sont de brève durée, sont modifiées par le chaud et le froid, augmentent en position couchée. Origine tumorale ou kystique au niveau du maxillaire, avec paresthésie, voire anesthésie ; arthrite de l'articulation temporo-maxillaire, malocclusion, décelée par les mouvements de la mandibule ; infections sinusiennes chroniques ou aiguës, avec douleur localisée derrière et entre les yeux, de caractère sourd, douleur des sinusites maxillaires ou frontales, difficile à confondre avec la névralgie ; élongation du processus styloïde, avec douleur auriculaire et maxillaire, mais aussi angine et dysphagie. Les tumeurs rhinopharyngées ne deviennent douloureuses qu'apres avoir atteint un certain stade de développement.

Comme causes intra-craniennes, il faut retenir les tumeurs du ganglion de Gasser et des branches de la Ve paire, les neurinomes acoustiques, les méningiomes de l'angle ponto- cérebelleux, les anévrysmes du cercle de Willis, les artères aberrantes ou tortueuses ; enfin, citons les douleurs faciales par glaucome aigu, par ulcération de la cornée (et qui intéressent la Ve paire) ; les douleurs maxillaires par thrombose des coronaires, par angine de poitrine ; enfin les douleurs sous-occipitales et latérales par hernie discale cervicale. Des causes centrales sont également possibles, et la nevralgie faciale authentique au cours de la sclérose en plaques ne paraît nullement exceptionnelle (GARCIN) : une quadriplégie spasmodique évoluant progressivement sans rémission depuis plus de vingt ans, sans diagnostic étiologique précis, se complique tardivement d'une névralgie faciale unie, puis bilatérale 29 ans après le début des symptômes : ce qui fait porter le diagnostic de sclérose en plaques, confirme par l'examen anatomique ; une plaque bulbo-protubérantielle existant sur la racine descendante du trijumeau et sur l'émergence du nerf. Dans le cas de DAUM, également une sclérose en plaques a été révélée par une névralgie trigéminale chez une malade de 64 ans.

°°°

La notion de bilatéralite enfin est à envisager ; la névralgie est rarement bilatérale d'emblée, et de ce fait est vue par le chirurgien comme une récidive contrôlatérale. Dans quelques cas pourtant, la névralgie est bilatérale d'emblée, avec début pra-

tiquement simultané. Plus souvent on se trouve devant une récidive post-opératoire, mais contrôlatérale qui ne met donc pas en cause les résultats chirurgicaux. La fréquence en serait de 4 p.cent selon HORRAX & POPPEN.

-:-

- III -

LA NEUROTOMIE CLASSIQUE

-:-

On a pu à bon droit considérer comme un grand succès de la neurochirurgie le traitement de la névralgie faciale par la section pure et simple du trajet nerveux responsable de la douleur. La technique, délicate et hardie, a été bien mise au point, avec un succès therapeutique dans la grande majorité des cas, mais au prix de quelques accidents; du type paralysie faciale, et surtout, d'une anesthésie obligée du territoire correspondant, dans l'hémiface, à l'innervation sensitive supprimée.

Nous avons dit qu'entre la nevralgie essentielle et la névralgie symptomatique, secondaire, les caracteres cliniques ne different pas autant qu'on l'avait d'abord admis,aussi le traitement peut-il être considéré pour ces deux variétés étiologiques. Les crises douloureuses, intermittentes, sont déclenchées par des excitations périphériques, sans signes déficitaires du nerf. R. LERICHE en 1955 faisait un bilan de 257 neurotomies par voie temporale pour nevralgie faciale, avec 80 à 85 p.cent de bons résultats ; à l'exception persistaient une sensation de fourmillement, des paresthésies, en particulier lorsque des injections d'alcool, des applications radiothérapiques avaient précédé, sans succès, le temps chirurgical. Ces séquelles ont disparu depuis que l'on ne pratique plus guère

l'alcoolisation et la radiothérapie.

LERICHE opère sous anesthésie locale, pratique la coagulation de la méningée avant de la couper, effectue un décollement très doux de la dure-mère, ce qui réduit les risques de kératite et de paralysie faciale.

Avec la technique actuelle, les récidives demeurent rares, et ne s'expliquent guère que par l'hypothèse du passage de l'irritation plus haut dans les ganglions, ou encore par celle de la persistance d'un mince tractus fibreux ayant échappé à l'intervention.

Dans quelques cas de récidive précoce, WERTHEIMER a constaté une anesthésie insuffisante motivant la réintervention. Dans quelques cas, celle-ci s'est revelee incomplète, complétée alors avec succès. Dans neuf cas de résultats insuffisants, WERTHEIMER constate pourtant que l'intervention a bien été complète : dans trois cas, en passant le bistouri dans le bloc cicatriciel, une guerison complète et definitive a été obtenue. Dans quatre autres cas, échec total résistant à toutes les interventions, y compris la lobotomie, la cure de sommeil. Pour LERICHE, les radicotomies partielles sont les responsables de la récidive précoce beaucoup plus souvent que les radicotomies totales.

Il n'en demeure pas moins que des exemples existent de récidive après que la racine a été coupée totalement ; il faut alors penser à une irritation portant sur les noyaux du tronc cérébral, à une excitation centrale. Pourtant, la découverte du cavum, le passage d'une lame de bistouri sur son plancher, peuvent faire cesser durablement

les crises douloureuses ; de même l'arrachement du sus- ou du sous-orbitaire a pu assurer la sédation. On arrive alors à concevoir l'existence d'une excitation périphérique, sans préciser sur quels éléments elle s'exerce. On peut également se demander où se trouvent les cellules bipolaires qui les commandent.

La névralgie du trijumeau paraît échapper à la regle selon laquelle les fibres de la douleur sont spécifiques, réalisant l'instrument d'un sixième sens. Dans le cas qui nous occupe, les excitants dolorifiques sont d'une nature qui ne leur permet pas d'être recueillis par des terminaisons spécialisées pour la douleur, puisque ce sont essentiellement le chaud, le froid, l'air vif, le frôlement, le mouvement des lèvres. Comme si des excitants en dehors du thalamus, pouvaient être identifiés comme excitants de la douleur (LERICHE).

La radicotomie rétroganglionnaire pour névralgie faciale essentielle n'en comporte pas moins un impressionnant pourcentage de succès, encore que les échecs nous paraissent devoir être plus encore étudiés. Sur 299 radicotomies rétroganglionnaires, WERTHEIMER a pu suivre les opérés pendant un à 25 ans dans 195 cas, dont 126 datent de plus de trois ans. En voici les résultats :

73 p.cent des résultats sont satisfaisants, avec toutefois dans un tiers des cas, des paresthésies légères ;

27 p.cent des résultats sont médiocres ou mauvais, la moitié environ de ces récidives étant apparues après une rémission complète de trois ans ou davantage, fai-

sant croire à la guérison.
Dix neuf exemples de récidives méritent d'être étudiés plus en détail : car dans trois cas il s'agissait non pas de récidive, d'échec de la chirurgie, mais simplement d'une erreur de diagnostic : sclérose en plaques, tumeur intra-cranienne. Dans 5 cas, l'échec semble relever de la persistance de fibres radiculaires, la radicotomie ayant été soit volontairement partielle, soit involontairement incomplète.

Dans 11 récidives sur ces 19, une intervention itérative a montré que la voie afférente sensitive avait été bien totalement interrompue. Ainsi, la radicotomie même complète peut comporter des échecs, en dehors des erreurs de diagnostic étiologique de la névralgie. D'ailleurs même lorsqu'une cause centrale est responsable, sclérose en plaques en particulier, la radicotomie peut assurer la guérison de la névralgie faciale. Il faut donc bien admettre que certaines névralgies du trijumeau sont indépendantes du trajet de ce nerf, et résistent à son interruption complète.

WERTHEIMER à propos de ses observations personnelles, fait le bilan de la chirurgie des névralgies faciales essentielles :

radicotomie rétro-ganglionnaire totale,
radicotomie rétro-ganglionnaire conservatrice, en respectant la racine motrice.

Pour mieux choisir les indications et réaliser l'intervention, DANDY a proposé une technique qui porte son nom, et l'a appliquée en particulier aux cas bilatéraux, parce qu'elle permet plus facilement la conservation de la racine motrice. L'abord du trijumeau par la fosse cerébrale posterieure ne

semble pas avoir été bien accueillie par les autres auteurs qui ne lui accordent pas la bénignité assurée par son auteur.

SJOKVIST à son tour a proposé une technique permettant dans les formes bilaterales une tractotomie effectuée des deux côtés en un seul temps, assurant la sensibilité tactile et conservant la motricité. La tractotomie de Sjokvist comporte des inconvénients, quand ce ne serait que la difficulté du repérage, le risque en incisant trop haut, trop profondément, afin d'assurer la section complète, de blesser les corps restiformes. Inciset-on trop bas, superficiellement, et le résultat risque d'être inconstant. WEINBERGER a modifié l'incision de Sjokvist placée trop haut, et l'a fait passer au-dessous des deux tiers du faisceau trigéminal descendant, atteignant électivement les fibres de l'ophtalmique, et non pas les fibres du maxillaire supérieur et inférieur ; mais on peut alors se demander quelle est la supériorité de cette technique sur la neurotomie rétrogassérienne classique de Spiller Frazier, qui respecte les fibres de l'ophtalmique, intéressantes à conserver du point de vue oculaire, et rarement atteintes par le processus algique. La radicotomie rétrogassérienne assure des résultats de qualité et assez constants pour être opposes aux effets inconstants de la tractotomie de Sjokvist, même modifiée. WERTHEIMER constate dans ses propres cas de neurotomie rétrogassérienne la simplicité des suites, le résultat immédiat excellent, moteur et sensitif, l'absence de paralysie faciale et de complications oculaires, de troubles de la mastication. Les effets sur la douleur sont remarquables et durables.

SICARD et LAVARDE viennent enfin de publier

six cas de névralgie faciale de traitement théoriquement difficile, puisque secondaire à une sclérose en plaques. On peut en effet se demander si la cause centrale demeurant, un traitement chirurgical symptomatique peut être durablement efficace. La neurotomie rétro-gassérienne chez ces six malades atteints de sclérose en plaques a été parfaitement tolérée. La disparition de la douleur faciale est immédiate et totale, malgré l'atteinte du noyau central du trijumeau par une plaque de sclérose. Aussi ALAJOUANINE et THUREL pensent-ils que la suppression des excitations périphériques du noyau sensitif irrité par la plaque suffit à supprimer le déclenchement des crises douloureuses.

Quant aux résultats éloignés, SICARD les juge excellents avec un recul de 12 à 24 ans sauf dans un cas où l'intervention ne date que de six mois. WERTHEIMER signale la récidive chez ses deux malades. Récidive que l'existence d'une plaque de sclérose au niveau du tronc cérébral, son caractère évolutif, pouvaient faire redouter. Une observation montre, au contraire, la persistance de la guérison. Un malade de ROBINEAU ayant eu une neurotomie partielle a vu les douleurs réapparaître dans le territoire non anesthésié. Des récidives contrôlatérales n'ont pas été signalées. Ainsi la radicotomie rétro-gassérienne n'est pas contre-indiquée par une cause centrale, une sclérose en plaques. Ce qui étend évidemment le champ des indications de cette intervention en dehors des formes essentielles de la névralgie du trijumeau.

-:-

- IV -

LA DECOMPRESSION

-:-

Il est toujours intéressant de chercher à atteindre les résultats d'une chirurgie radicale par des techniques conservatrices. C'est à quoi visent les opérations de décompression du tronc nerveux et du ganglion de Gasser, en se substituant à la neurotomie radicale ou partielle, rétrogassérienne.

TARNHODJ en proposant une nouvelle technique, partit de l'idée que le facteur déterminant la crise névralgique faciale était un oedème de la racine du trijumeau et du ganglion de Gasser, d'où augmentation et étranglement de ces deux structures. La sanction thérapeutique de ce processus devait être la décompression des formations nerveuses par simple ouverture de la gaine : intervention logique, non mutilante ni destructrice, et laissant de plus la possibilité, en cas d'échec, de pratiquer une neurotomie radicale.

Le bord supérieur du rocher est abordé par voie temporale intra-durale, la zone dépressive du cavum de Meckel étant repérée par palpation à la pince ; puis la gaine durale est ouverte, afin de libérer la racine du trijumeau jusque dans la fosse posterieure. Le sinus pétreux supérieur est sectionné entre

deux clips. Les risques possibles sont une blessure du sinus caverneux, ce qui pourra être facilement réparé par colmatage par une lame de gélatine ; une paralysie du IVe, généralement transitoire.

NORLEN, SJOKVIST ont préféré la voie d'abord extra-durale, abord de Frazier ; FRYCKHOLM ouvre la gaine, mais sectionne non pas le sinus pétreux supérieur, mais l'arête du ligament de Grüber, dans l'angle externe de l'incision. La décompression se fait sans diathermie, elle doit porter sur une longueur d'au moins 6 ou 7 millimètres, la section du sinus n'est pas obligatoire. Les suites sont simples, et une hypoesthésie post-operatoire, si elle se produit, demeure minime et passagère.

DUPLAY a traité par cette méthode en utilisant la voie extra-durale, cinq malades, alors qu'auparavant il avait toujours eu recours à la neurotomie rétrogassérienne classique. Chez ces cinq opérés, aucune difficulté technique particulière n'a ete rencontrée, mais dans un cas une kératite avec hypoesthésie a compliqué les suites, sans doute par suite de l'emploi de diathermie. Les cinq résultats sont bons, mais trois sont récents, deux remontent à deux et un an respectivement. On donne ainsi au malade "la chance de guérir sans mutilation". TARNHODJ souligne la qualité des résultats et avec un recul suffisant, estime la fréquence des récidives à 10 ou 15 p.ent seulement, que la voie d'abord ait été extra ou intradurale. LOVE pense que la liberation chirurgicale du ganglion de Gasser et de sa racine représente la meilleure technique de traitement de la névralgie faciale, technique qui assure une amélioration remarquable sans comporter les

inconvénients de la section du nerf, surtout l'anesthésie permanente de l'hémiface. LOVE entre 1952 et 1954 a pratiqué 39 fois la décompression qu'il a vu faire 54 fois à la Clinique Mayo dans le même temps. Les résultats lui ont paru très encourageants ; LOVE préfère la voie sous-durale, incise la gaine dure-mérienne qui entoure le ganglion de Gasser et sa racine sensitive.

BILLET et Le BEAU ont traite 18 cas de névralgie faciale par la décompression du ganglion de Gasser par débridement du fourreau dural dans le cavum de Meckel. Les résultats ont été les suivants :

- dans 4 cas de névralgie atypique, résultats médiocres ;
- dans 13 cas de névralgie faciale dite essentielle, 12 bons résultats datant de 8 mois à 3 ans et demi, un treizième succès ne datant que de trois mois ;
- dans un cas de nevralgie essentielle enfin, l'attouchement du lobe temporal provoqua des suffusions hémorragiques, et l'on renonça à la décompression.

Aussi les auteurs pensent-ils que la technique de TARNHODJ n'est pas dépourvue de dangers, au nombre desquels il faut citer l'oedème temporal, source d'incidents. Par contre elle a sur la neurotomie rétrogassérienne l'avantage de ne provoquer ni kératite, ni paralysie masticatrice, ni, surtout, d'anesthésie de la face. Enfin, en cas d'echec, reste la possibilité d'une neurotomie secondaire.

GARDNER et MIKLOS ont traité 112 malades atteints de névralgie trigéminale par la décompression de la racine sensitive du nerf facial. Deux malades ont succombé ultérieure-

ment, dix ont été perdus de vue, et en ne retenant que les cas suivis suffisamment longtemps, on retiendra 100 observations. 33 malades ont eu soit une récidive, soit la persistance de la douleur apres la décompression ; 21 ont été réopérés, 12 n'ont pas été réopérés, dont huit chez qui la récidive était si minime que la chirurgie n'était plus indiquée.

67 malades ont eu après la décompression une guérison complete et durable de la névralgie. Sept d'entre eux présentaient avant l'opération une hypoesthésie faciale à la suite de traitements conservateurs antérieurement appliqués. Chez les 60 malades restants, 23 soit 38 p.cent ont éprouvé une hypoesthésie post-opératoire, soit seulement subjective, soit objectivement constatable. Chez les 33 malades récidivants, trois ont présenté une perte de la sensibilité due à d'autres thérapeutiques anterieures. Chez les 30 malades restants, 13, soit 43 p.cent, ont eu une anesthésie post-opératoire, subjective ou objective. On peut donc dire que l'observation suivie d'opérations de décompression pour névralgie faciale a montré :

- une guérison complète dans 62 p.cent des cas;
- un résultat partiel dans 11,5 p.cent des cas;
- un échec dans 26,5 p.cent des cas.

Sur une série de 29 opérés enfin, SHELDEN dénombre 29 bons resultats, dont deux seulement grevés d'une légère hypoesthésie. Cet auteur pourtant discute des bases physiopathogéniques de l'intervention ; il pense que la notion de compression nerveuse n'a jamais été démontrée, et que l'intervention ne paraît pas agir par décompression. Au contraire, le temps essentiel de l'operation lui paraît être la compression délibérée des ra-

cines. Dans une récente statistique, LOVE et SVIEN font état des résultats éloignés d'interventions de "décompression". Il s'agit de malades opérés avant 1954 et dont 91 ont pu être réexaminés avec un recul de quatre ans ou davantage. Sur ce nombre; 69 soit une proportion de 75,8 p.cent ont vu reapparaître leurs douleurs faciales, et 22 seulement, soit 24,2 p.cent n'ont pas eu de récidive depuis l'intervention. La fréquence des rechutes après l'intervention de décompression se trouve ainsi confirmée pour LOVE et SVIEN, pour SHELDEN ; mais, fait plus important encore, il apparaît que les meilleurs résultats, c'est-à-dire une suppression durable des douleurs, des rémissions de durée prolongée, ont été constatés surtout chez les malades qui ont présenté un certain deficit sensitif à la suite de l'intervention.

On voit combien les appréciations diffèrent d'un auteur à l'autre sur la valeur de l'opération de décompression du ganglion de Gasser et de sa racine sensitive ; l'avantage sur lequel les opinions concordent est que la décompression si elle échoue, laisse le champ libre à une neurotomie retrogassérienne radicale.

Essayons cependant, pour terminer cette étude, de comparer les merites respectifs et les indications des deux types d'intervention.

-:-

- V -

COMPARAISON DES DEUX METHODES

-:-

"Accueillir dans l'arsenal chirurgical de la douleur une nouvelle technique est toujours délicat, tant que les années n'ont pas apporté la preuve de son efficacité réelle".

C'est ainsi que concluaient DUPLAY et ses collaborateurs en 1955, à la suite de l'exposé de leurs résultats avec l'opération de décompression de TARNHODJ dans le traitement de la névralgie faciale.

Si l'on admet que la douleur trigéminale provient d'un oedème du ganglion et de la racine sensitive, et que par conséquent la décompression est un acte motive et logique, s'il est par ailleurs prouvé que la technique de TARNHODJ réalise cette décompression, et comme, enfin, la décompression est une intervention éminemment conservatrice, non mutilante, pouvant être suivie d'un acte plus radical, plus complet : la neurotomie, on ne voit vraiment pas quels reproches on pourrait faire à cette méthode de décompression.

Ses détracteurs, precisement, s'attaquent aux points que nous venons de soulever : ils pensent, en effet :

que rien ne vient prouver, démontrer, la réalité d'un oedème des structures nerveuses

constituant le trajet sensitif du trijumeau ;

que l'intervention telle qu'elle est pratiquée n'agit pas en décomprimant, mais bien plutôt en comprimant ; qu'elle exerce certainement des lésions sur le tronc nerveux, et que c'est par ces lésions qu'est assuré l'effet analgésiant : ce qui serait prouvé, ajoutent-ils, par le fait que lessuccès de l'opération de TARNHODJ sont le plus souvent greves d'une forte anesthésie des territoires irradiés par le nerf que l'on a cherché à décomprimer.

DUPLAY, lui, prend une position raisonnée : le pourcentage de ses résultats heureux avec l'opération de décompression, et malgré le peu de recul dont il dispose, l'encourage au moins à persévérer dans cette voie.

Dans les statistiques de neurotomies rétrogassériennes les plus autorisées, puisque fournies par LERICHE, par WERTHEIMER, le pourcentage des récidives apparaît sensiblement de même importance que le pourcentage des récidives après opération de décompression : entre 10 et 15 p.cent.

On peut donc dire que comparée à la neurotomie classique, la méthode de décompression comporte le même pourcentage de risques de récidives ; en tous cas celui-ci n'est pas supérieur. Le grand avantage de la décompression est qu'elle revêt un caractère non mutilant, et ainsi réserve l'avenir, en autorisant le recours ultérieur à la section. Que faire devant l'échec de la neurotomie radicale ? Réintervenir, pour constater ou bien que l'intervention a été incomplète, et ainsi, la compléter ; ou pour constater qu'elle a eté complète et pourtant cette réintervention apporte parfois des résultats heureux encore que mal expliqués ; ou enfin, constater l'échec

de la radicotomie totale, et demeurer ensuite impuissant devant un malade qui continue à souffrir. On cite des cas d'echec de la neurotomie, traités sans succès d'ailleurs par des cures de sommeil, par une lobotomie. On fait ainsi passer un malade neurologique dans le domaine encore plus incertain de la neuropsychiatrie.

C'est pourquoi DUPLAY paraît avoir raison en considérant la technique de décompression comme une methode dotée d'avantages certains. Pourtant, ses indications sont à limiter avec prudence, chez des malades prévenus. DUPLAY limite les indications de la décompression (en 1955) aux algies du territoire de l'ophtalmique, aux algies bilaterales, et aux cas où le facteur esthétique, chez des femmes jeunes, doit intervenir.

Commentant les résultats obtenus par les auteurs anglo-saxons et retenant leurs appréciations personnelles, un chroniqueur de la Presse Médicale a récemment écrit que :

"il apparaît extrêmement difficile de codifier actuellement la conduite à tenir" dans le traitement de la névralgie du trijumeau. Il rappelle les techniques de neurolyse périphérique, susceptibles d'apporter au moindre risque un soulagement durable. En cas de récidive à la suite de ces anesthésies, il faut intervenir sur le ganglion ou les racines. Les neurolyses par injection d'alcool, d'eau bouillante (JEAGER 1959) dans le ganglion ont pu donner d'excellents résultats, à ne pas négliger, sans risque opératoire, et susceptibles d'être renouvelés. Mais le risque d'anesthésie est le même qu'avec les autres méthodes.

Si l'on doit préférer l'abord direct du

nerf et du ganglion, le choix peut être difficile entre :
la section franche des racines, et
la mise à jour du ganglion et des racines, suivie d'une compression. Dernière méthode qui laisse subsister le risque de rechutes, mais limite le danger de douleurs permanentes post-opératoires. Elle devrait être préférée lorsque l'expérience acquise lors des neurolyses peripheriques fait prévoir une mauvaise tolerance de l'anesthésie faciale par le malade.

J. GUILLAUME a comparé les résultats de la libération trigéminale aux résultats des autres techniques, en particulier neurotomie radicale. Pour le cas de névralgies faciales localisées aux territoires maxillaires inférieur et superieur, la liberation du nerf doit être comparée aux neurotomies rétrogassériennes partielles par voie temporale : dans les deux cas, interventions bénignes, sans complications oculaires. Mais l'anesthésie faciale, les paresthésies, la gêne masticatrice, ne grèvent que la neurotomie rétrogassérienne, et non la libération décompressive. Cette derniere n'a, poursuit GUILLAUME, qu'un inconvénient : la guérison peut ne pas être définitive. Dans les formes graves intéressant la première division du trijumeau, la décompression est l'intervention de choix.

La neurotomie rétrogasserienne par voie temporale ne comporte, comme inconvénients, que l'anesthésie faciale : inconvénients plus réels, plus sérieux, que les risques de reprise de la douleur apres décompression. Les neurotomies par voie postérieure selon la technique de DANDY sont grevées des risques de réalisation.

GUILLAUME, comme DUPLAY, donne donc la pré-

férence à la décompression dans des indications bien précises et avec une technique parfaite, car ses avantages "en font une intervention idéale" :

- bénignité parfaite de l'opération,
- disparition immédiate des crises douloureuses,
- conservation d'une sensibilité faciale et buccale normale ;
- absence de complications oculaires et de troubles de la mastication.

L'intervention est realisable enfin chez les sujets âgés. Contre-indication à retenir pourtant ; une alcoolisation du ganglion de Gasser effectuee auparavant.

-:-

- VI -

CONCLUSIONS

-:-

I - La névralgie faciale, considérée trop souvent comme une maladie autonome, et non comme un symptôme, conserve encore bien des inconnues, du fait de la complexité de l'innervation de la région, des phénomènes de perception et d'interprétation sensitives, des difficultés de son diagnostic étiologique et de l'appréciation de sa gravite. Manifestation subjective, elle est difficile à traiter, et les résultats thérapeutiques délicats à estimer. Il semble enfin que les formes essentielles et les formes secondaires ne soient pas aussi éloignées, sur le plan clinique, qu'on l'avait d'abord admis.

II - Devant un malade dont la souffrance apparaît comme intolérable, le clinicien se doit d'intervenir non pas tellement sur la douleur en tant que telle, que sur les réactions du sujet à cette douleur. Il faut donc chercher le soulagement, et la neurochirurgie en apporte les moyens.

III - On peut dire qu'actuellement, en dehors des techniques conservatrices, injections d'alcool, d'eau bouillante, applications de rayons X, assez peu pratiquées

de nos jours, deux grandes methodes de chirurgie de la douleur sont en présence :
la classique neurotomie rétro-gassérienne, avec ses voies d'abord diverses, qui permet l'interruption de la conduction nerveuse de la douleur, mais au prix d'une anesthésie, parfois de troubles fonctionnels de la mastication, de lésions oculaires. La neurotomie peut être partielle (volontairement ou involontairement) ou totale : dans les deux cas elle connaît des échecs, qui risquent de devenir incontrôlables dans une certaine proportion des cas ;

la méthode dite, peut-être à tort, de décompression du ganglion et de sa racine sensitive : effet peut être moins régulier, mais ne comportant pas le risque des complications de la neurotomie, et susceptible, en cas d'échec, d'être repris et complété par la neurotomie radicale.

IV - Les auteurs qui ont utilisé ces deux techniques semblent hesiter entre leurs avantages respectifs ; beaucoup penchent pour la décompression initiale, suivie, en cas de besoin, de la neurotomie radicale.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : G. CORDIER

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
Signé : Jean ROCHE

- VII -

BIBLIOGRAPHIE

-:-

R. BILLET, J. Le BEAU
Névralgie faciale et décompression du ganglion de Gasser.
Neurochirurgie III pages 138-144 1957

S. DAUM
Sclérose en plaques révélée à l'âge de 64 ans par une névralgie trigéminale. Etude anatomoclinique.
Soc. Fr. Neurol. 7 avril 1960

J. DUPLAY, P. COSSA, F. CERUTTI
La chirurgie non mutilante des névralgies faciales est-elle devenue une réalité ?
Presse Méd. LXIII pages 1319-1320
8 oct. 1955

R. GARCIN, St GODLEWSKI, J. LAPRESLE
Névralgie faciale et sclérose en plaques. Etude anatomoclinique d'une observation.
Soc. Fr. Neurol. 7 avril 1960

W.J. GARDNER, M.V. MIKLOS
Response of trigeminal neuralgia to "decompression" of sensory root. Discussion of cause of trigeminal neuralgia.
Journ. Am. Med. Assoc. CLXX pages 1773-1776 8 août 1959

Cl. GROS, B. VLAHOVITCH
Ganglliolyse gassérienne dans la névralgie faciale essentielle.
Soc. Chir. Montpellier, 3 déc. 1954

J. GUILLAUME, G. MAZARS
La chirurgie conservatrice de la névralgie faciale essentielle.
Revue Neurol. avril 1956 et
Presse Méd. LXV pages 925-926
18 mai 1957

R. LERICHE
Neurotomie rétrogassérienne avec conservation de la branche motrice.
Lyon Chir. page 253 mai 1923

A propos de 257 neurotomies rétrogassériennes. Obscurités du problème de la névralgie essentielle du trijumeau.
Presse Méd. LXIII page 1, 1er janv.1955

J.G. LOVE, H.J. SVIEN
Results of decompression operation for trigeminal neuralgia.
Journ. Int. Coll. Surg. XXI pages 1-14
janv.1954 et Journ. Neurosurg. XI
pages 499-504 sept.1954

D. RUGE, R. BROCHNER, L. DAVIS
Studies of treatment of 637 patients with trigeminal neuralgia
Journ. Neurosurg. XV pages 528-536
sept. 1958

A. SICARD
La neurotomie rétrogassérienne partielle.
These de Paris 1931

A. SICARD, S. de SEZE
Névralgie faciale secondaire d'origine centrale guérie par la neurotomie rétrogassérienne.
Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris
page 176 1944

A. SICARD, G. LAVARDE
Six cas de névralgie faciale observés au cours d'une sclérose en plaques et guéris par neurotomie rétrogassérienne. Résultats tardifs.
Presse Med. LXIX pages 1611-1612
9 sept. 1961

G.W. SMITH
Diagnosis and treatment of facial pain.
Journ. Am. Med. Assoc. CLXVI
pages 857-866 22 fév. 1958

A. STENDER
"Gangliolysis" for surgical treatment of trigeminal neuralgia.
Journ. Neurosurg. XI pages 333-336
juillet 1954

J. SVIEN, J.G. LOVE
Results of decompression operation for trigeminal neuralgia four years plus after operation.
Journ. Neurosurg. XVI pages 653-655
nov. 1959

P. TARNHODJ
Decompression of trigeminal root and posterior part of ganglion as treatment in trigeminal neuralgia.
Journ. Neurosurg. IX pages 288-290
mai 1952

P. WERTHEIMER, J. DESCOTES
Les résultats éloignés et les récidives de la radicotomie rétroganglionnaire dans la névralgie essentielle du trijumeau.
Annales de Chirurgie XXXI pages 67-72
18 fév. 1955

Les névralgies essentielles bilatérales du trijumeau.
Presse Méd. LXV pages 265-267
13 fév. 1957

-:-

TABLE DES MATIERES

-:-

Pages

I - Introduction 19

II- Clinique 24

III - La neurotomie classique 30

IV - La décompression 36

V - Comparaison des deux méthodes 41

VI - Conclusions 46

VII - Bibliographie 48

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercie de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire audessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-